

МАТЕРІАЛИ НАУКОВО-ПРАКТИЧНОЇ КОНФЕРЕНЦІЇ МОЛОДИХ ВЧЕНИХ «СУЧАСНІ ДОСЯГНЕННЯ І ПЕРСПЕКТИВИ РОЗВИТКУ ПРОФІЛАКТИЧНОЇ ТА КЛІНІЧНОЇ МЕДИЦИНИ» (м. КИЇВ, 27 ТРАВНЯ 2021 р.)

## МАТЕРІАЛИ НАУКОВО-ПРАКТИЧНОЇ КОНФЕРЕНЦІЇ МОЛОДИХ ВЧЕНИХ «СУЧАСНІ ДОСЯГНЕННЯ І ПЕРСПЕКТИВИ РОЗВИТКУ ПРОФІЛАКТИЧНОЇ ТА КЛІНІЧНОЇ МЕДИЦИНИ» (м. КИЇВ, 27 ТРАВНЯ 2021 р.)

### РЕЗУЛЬТАТИ ЛІКУВАННЯ СИМПТОМНОЇ АНЕВРИЗМИ ПІДКОЛІННОЇ АРТЕРІЇ

Ю. М. Гупало, О. А. Голяченко, О. Є. Швед, А. В. Шамрай-Сас, Я. М. Аннишинець

Державна наукова установа «Науково-практичний центр профілактичної та клінічної медицини» Державного управління справами, м. Київ, Україна

**Мета.** Провести аналіз результатів лікування симптомної аневризми підколінної артерії (ПКА).

**Матеріали та методи.** Під спостереженням знаходилось 17 пацієнтів (чоловіки віком 63-74 роки). Діагноз симптомної аневризми ПКА підтверджений за допомогою ультразвукового дуплексного сканування (УЗДС). Ангіографію виконано 12 пацієнтам. За її результатами тромбоз аневризми ПКА встановлений у 2, в 4 рентгенангіографічна картина трактована як гострий тромбоз стегново-підколінного артеріального сегменту, а діагноз аневризми встановлений за допомогою УЗДС. Розрив аневризми ПКА встановлений клінічно та за допомогою УЗДС у 5 спостереженнях.

**Результати та обговорення.** За даними УЗДС діаметр аневризми ПКА складав 36,4-65,8 мм. Довжина поширення аневризми ПКА 51,6-181,7 мм. За результатами обстежень дистальний кровотік в ПКА та артеріях гомілки виявлений у 13 (76,5 %) спостереженнях: прохідність ПКА та обох гомілкових артерій встановлена у 7, ПКА та однієї з гомілкових артерій у 6. Гострий тромбоз ПКА і гомілкових артерій у 4. Катетерний тромболізис проводили пацієнтам з незадовільним дистальним кровотоком у 6 спостереженнях, оперативне лікування виконували при наявності задовільного дистального кровотоку у 4, за невідкладними показаннями (критична ішемія) у 2, при розриві аневризми у 5. В термін 2-3 місяці ампутацію нижньої кінцівки через неефективність антикоагулянтної та тромболітичної терапії виконали у 2 спостереженнях.

**Висновки.** Оперативне лікування симптомної аневризми ПКА неефективне при тромбоемболічних ускладненнях у 23,1 %. Як при консервативному так і хірургічному лікуванні аневризми ПКА ускладненої гострим тромбозом, незадовільні результати (ампутація нижньої кінцівки) отримані у 33,3 % спостережень.

### ДІАГНОСТИКА ХРОНІЧНОЇ СЕРЦЕВОЇ НЕДОСТАТНОСТІ У ЧОЛОВІКІВ ЗА КОМОРБІДНОГО ПЕРЕБІГУ ГІПЕРТОНІЧНОЇ ХВОРОБИ ТА ЦУКРОВОГО ДІАБЕТУ 2 ТИПУ З ВРАХУВАННЯМ АЛЕЛЬНОГО ПОЛІМОРФІЗМУ ГЕНА МОЗКОВОГО НАТРІЙУРЕТИЧНОГО ПЕПТИДУ

Я. О. Антонюк

Вінницький національний медичний університет ім. М. І. Пирогова, м. Вінниця, Україна

**Мета.** Оптимізувати діагностику хронічної серцевої недостатності (ХСН) з врахуванням плазмової концентрації мозкового натрійуретичного пептиду (МНУП) та поліморфізму відповідного гена (локус Т-381С) за умов коморбідності гіпертонічної хвороби (ГХ) та цукрового діабету 2 типу (ЦД 2) у чоловіків, мешканців Поділля.

**Матеріали та методи.** Комплексно обстежили 211 чоловіків у віці 40-60 років: 79 осіб без ознак серцево-судинних захворювань – група контролю; 62 особи з ГХ II та ХСН I ФК за НУНА – 1-ша основна група; 70 чоловіків із ГХ II у поєднанні з ЦД 2 і ХСН I-II ФК – 2-а основна група дослідження. Плазмову концентрацію МНУП визначали методом ІФА, геномну ДНК гена МНУП-методом ПЛР. Для математичного опрацювання використали стандартний статистичний пакет Statistica 10.

**Результати та обговорення.** Плазмові рівні МНУП за умов коморбідності ГХ II та ЦД 2 вірогідно вищі, ніж у хворих з ізольованим перебігом ГХ та в контрольній групі ( $p < 0,00001$ ). Для ранньої діагностики ХСН за коморбідного перебігу ГХ II та ЦД 2 визначено інформативний межовий рівень біомаркера ( $\geq 58,37$  пг/мл) на відміну від загальноприйнятого ( $\geq 35$  пг/мл). В основних групах хворих у гомозигот Т381Т гена МНУП плазмові рівні МНУП достовірно нижчі, ніж у носіїв алелю С ( $p < 0,05$ ), що може вплинути на інформативність біомаркера. Розраховано, що за коморбідного перебігу ГХ та ЦД 2 при носійстві генотипу Т381Т пороговим рівнем МНУП для діагностики ХСН є  $\geq 50,54$  пг/мл, тоді як для носіїв алелю С гена МНУП він становить  $\geq 59,82$  пг/мл.

**Висновки.** При використанні МНУП для виявлення ХСН у чоловіків з коморбідним перебігом ГХ та ЦД2 потрібно враховувати спадковообумовлені особливості та користуватись розрахованими межовими рівнями МНУП для носіїв різних варіантів генотипів кодуєчого гена.

## СТИМУЛЮЮЧИЙ ФАКТОР РОСТУ SST2 У ДІАГНОСТИЦІ ГІПЕРТРОФІЇ ЛІВОГО ШЛУНОЧКА У ГІПЕРТЕНЗИВНИХ ПАЦІЄНТІВ

Багрий Д. А.

Вінницький національний медичний університет ім. М. І. Пирогова, м. Вінниця, Україна

Формування гіпертрофії лівого шлуночка (ГЛШ) у гіпертензивних пацієнтів суттєво збільшує серцево-судинний ризик. Пошук доступних інструментів діагностики ГЛШ – актуальна задача сучасної кардіології. Стимулюючий фактор росту sST2 з сімейства рецепторів до інтерлейкіну-1, задіяний у механізми кардіопротекції, може бути використаний як біомаркер ремоделювання серця.

**Мета.** Визначення потенціалу sST2 як біомаркера ГЛШ у гіпертензивних пацієнтів.

**Матеріали та методи.** Було обстежено 150 чоловіків з підтвердженою есенціальною гіпертензією (ЕГ) різної тяжкості (середній вік  $50,17 \pm 0,48$  р.). ГЛШ діагностували за результатами ехокардіографії при показнику маси міокарді ЛШ, індексованому за зростом<sup>2,7</sup> (іММЛШ), вище  $50 \text{ г/м}^{2,7}$ . Плазмову концентрацію sST2 у визначали методом імуноферментного аналізу за допомогою набору реактивів фірми «RayBiotech, Inc» (США) та апарату для проведення ІФА «Humareader single» (Німеччина).

**Результати та обговорення.** Гіпертрофію ЛШ за результатами ехокардіографії було діагностовано у 93 чоловіків (62,0 %). У ході аналізу показників плазмового рівня sST2 була виявлена позитивна кореляція між рівнем пептиду та показником іММЛШ ( $R=+0,23$ ,  $p=0,005$ ). Встановлено, що рівень sST2 у плазмі крові гіпертензивних пацієнтів з ГЛШ достовірно вищий, ніж у разі її відсутності ( $27,42 \pm 1,10 \text{ нг/мл}$  проти  $21,85 \pm 1,11 \text{ нг/мл}$ ,  $p<0,01$ ). Розраховано межу концентрації sST2 у плазмі крові для виявлення хворих з ГЛШ серед гіпертензивних пацієнтів із застосуванням аналізу ROC-кривих. Рівень циркулюючого sST2  $25,00 \text{ нг/мл}$  дозволяє ідентифікувати пацієнтів з ГЛШ у когорті гіпертензивних хворих (модель достовірна, площа під кривою  $AUC=0,70$ ,  $95 \% ДІ=0,62-0,78$ ,  $p=0,042$ ) з чутливістю у 64,8 %, специфічністю 82,5 %.

**Висновки.** Рівень sST2 у плазмі крові хворих з ЕГ достовірно зростає у разі формування ГЛШ. Плазмова концентрація пептиду може бути використана для допоміжної діагностики ГЛШ у гіпертензивних хворих.

## ІНТЕНСИВНІСТЬ ДЕСТРУКТИВНИХ ПРОЦЕСІВ СПОЛУЧНОЇ ТКАНИНИ ПРИ ЕКСПЕРИМЕНТАЛЬНОМУ РЕВМАТОЇДНОМУ АРТРИТІ НА ТЛІ ЗАСТОСУВАННЯ КРІОЕКСТРАКТУ ПЛАЦЕНТИ

Ф. В. Гладких, М. О. Чиж

Інститут проблем кріобіології і кріомедицини Національної академії наук України, м. Харків, Україна

Нестероїдні протизапальні засоби (НПЗЗ) відносяться до переліку найчастіше застосовуваних лікарських засобів в лікуванні системних захворювань сполучної тканини. Наявність побічних ефектів спонукає до пошуку сучасних шляхів їх послаблення які б при тому не знижували їх лікувальних властивостей. Оскільки складовими елементами сполучної тканини в нормі є серомукоїди, то за умов її руйнування вони в значній кількості попадають у кров і тому вважаються маркерами деструктивних та дегенеративних процесів.

**Мета.** Оцінити виразність деструктивних процесів сполучної тканини при ад'ювантному артриті (АА) у щурів на тлі застосування диклофенаку натрію (ДН) та кріоконсервованого екстракту плаценти (КЕП) за рівнем серомукоїду у сироватці крові.

**Матеріали та методи.** АА у щурів моделювали субплантарним введенням повного ад'юванту Фрейнда («0» день). Лікування проводили з 14 по 28 день. ДН ( $8 \text{ мг/кг}$ ) вводили внутрішньошлунково кожен день. КЕП вводили внутрішньом'язово ( $0,16 \text{ мл/кг}$ ) з інтервалом 2 дні (усього 5 ін'єкцій), відповідно на 14, 17, 20, 23 та 26 дні. Вміст серомукоїду в сироватці крові визначали спектрофотометрично на 28 день експерименту за методом Weimer H. E. та Moshin R. J. та виражали у одиницях оптичної щільності (о.о.ш.).

**Результати та обговорення.** Встановлено, що на 28 день експерименту у щурів з АА відмічено статистично вірогідне ( $p < 0,05$ ) зростання рівня серомукоїду у 2,2 рази відносно показників інтактних щурів, що становив відповідно  $0,35 \text{ о.о.ш.}$  Монотерапія ДН АА у щурів призвела до зниження рівня досліджуваного показника на 31,4 % відносно рівня нелікованих тварин. Комбіноване застосування ДН та КЕП призвело до статистично вірогідного ( $p < 0,05$ ) виразнішого на 17,1 % відносно показників щурів групи монотерапії ДН зниження рівня серомукоїду, який становив відповідно  $0,18 \text{ о.о.ш.}$

**Висновки.** Комбіноване застосування ДН та КЕП призводить до більш виразного нівелювання ознак деструктивних процесів сполучної тканини при експериментальному ревматоїдному артриті на що вказувало зниження рівня серомукоїду на 48,6 % відносно показників нелікованих тварин.

## ПОРІВНЯННЯ СТАНУ РЕНІН-АНГІОТЕНЗИНОВОЇ СИСТЕМИ ТА ІМУННОГО СТАТУСУ ПАЦІЄНТІВ З ПАРОКСИЗМАЛЬНОЮ ТА ПЕРСИСТУЮЧОЮ ФОРМАМИ ФІБРИЛЯЦІЇ ТА ТРІПОТІННЯ ПЕРЕДСЕРДЬ НА ТЛІ АРТЕРІАЛЬНОЇ ГІПЕРТЕНЗІЇ

О. Я. Ільчишина

ДУ «ННЦ «Інститут кардіології імені академіка М. Д. Стражеска» НАМН України», м. Київ, Україна

**Мета.** Провести порівняльний аналіз показників, що характеризують активність системного запалення у пацієнтів з різними формами фібриляції та тріпотіння передсердь на тлі артеріальної гіпертензії.

**Матеріали та методи.** На базі відділення аритмій серця було обстежено 103 пацієнта (44 жінки та 59 чоловіків), середній вік яких склав  $56 \pm 2,3$  років. Визначався субпопуляційний склад клітин (лімфоцитів) периферичної крові методом проточної цитометрії, кількість Т-регуляторних клітин та три фракції моноцитів, концентрація високоспецифічного С-реактивного протеїна (СРП), ангіотензин перетворюючого ферменту (АПФ) в сироватці крові. Пацієнтів було розподілено на три основні групи: I – з пароксизмальною формою фібриляції передсердь (ФП), II – з персистуючою формою ФП, III – з персистуючою формою тріпотіння передсердь (ТП), що склали відповідно 35, 38 та 30 осіб.

**Результати та обговорення.** Рівень В-лімфоцитів, як у відсотковому співвідношенні, так і в абсолютних величинах та відсоток Т-цитотоксичних клітин, «патрулюючих» та «проміжних» моноцитів був вищим в пацієнтів з персистуючою формою ФП та ТП в порівнянні з пацієнтами без порушень ритму та здоровими особами, в той час як рівень Т-регуляторних клітин був нижчим ( $p < 0,05$ ). Рівень СРП, як показника системного запалення низької градації, який є предиктором виникнення фібриляції передсердь та її ускладнень був різко підвищеним в 6,7 рази і становив  $(8,31 \pm 0,42)$  проти  $(1,25 \pm 0,01)$  мг/л в нормі ( $p < 0,001$ ) в групі з персистуючою формою ФП. Активність АПФ в плазмі крові була вірогідно підвищеною і становила  $(45,10 \pm 2,26)$  мккат/л і була більшою нормального значення  $(16,12 \pm 2,77)$  мккат/л на 180 % ( $p < 0,001$ ).

**Висновки.** У пацієнтів з фібриляцією та тріпотінням передсердь на тлі артеріальної гіпертензії в порівнянні з хворими на гіпертензію без порушень ритму чи здоровими людьми має місце більш значима активація ренін-ангіотензин-альдостеронової системи, вища інтенсивність системного запалення, підвищена активність прозапальної субпопуляції моноцитів та зниження кількості Т-регуляторних клітин, основна функція яких полягає в контролі імунної відповіді.

## РАННІ РЕЗУЛЬТАТИ ЛІКУВАННЯ ХВОРИХ З НИЖНЬОПОПЕРЕКОВИМ БОЛЬОВИМ СИНДРОМОМ МЕТОДОМ РАДІОЧАСТОТНОЇ ДЕНЕРВАЦІЇ ФАСЕТКОВИХ СУГЛОБІВ

М. В. Квасніцький, О. М. Квасніцька

Державна наукова установа «Науково-практичний центр профілактичної та клінічної медицини» Державного управління справами, м. Київ, Україна

**Мета.** Визначити ефективність впливу радіочастотної денервації фасеткових суглобів на ліквідацію больового синдрому у хворих із нижньопоперековим больовим синдромом, в яких переважали явища спонділоартрозу.

**Матеріали та методи.** Методом радіочастотної денервації фасеткових суглобів за допомогою апарату RFG-1A/RFG-1B фірми Radionics нами прооперовано 112 пацієнтів (63 чоловіки та 49 жінок у віці від 49 до 79 років) з нижньопоперековим больовим синдромом, де ведучим клінічним проявом був артроз дуговідросткових суглобів. Основою клінічного обстеження пацієнтів зі спонділоартрозом є оцінка больового синдрому. Використовувалась візуальна аналогова шкала (ВАШ) болю та опитувальник індексу непрацездатності Освестрі. Оцінка больового синдрому проводилась двічі – в доопераційному та післяопераційному періодах (протягом тижня).

**Результати та обговорення.** До оперативного втручання усереднений показник больового синдрому за ВАШ склав 8,2 бали. Згідно результатів лікування, за шкалою ВАШ пацієнти розподілились на наступні групи: відмінні – біль відсутня (38 хворих), хороші – регрес болю до 2 балів включно (22 хворих); задовільні – регрес болю до 4 балів (33 хворих), незадовільні – регрес болю до 6 балів та вище (9 хворих). До оперативного втручання усереднений показник больового синдрому за шкалою Освестрі склав 42 бали. Згідно результатів лікування, за шкалою Освестрі пацієнти розподілились на наступні групи: відмінні – регрес болю до 5 балів (44 хворих), хороші – регрес болю до 15 балів включно (28 хворих); задовільні – регрес болю до 25 балів (29 хворих), незадовільні – регрес болю до 35 балів (11 хворих).

**Висновки.** Отримані результати в короткотерміновій перспективі свідчать про ефективність радіочастотної денервації фасеткових суглобів у хворих з нижньопоперековим больовим синдромом, де домінують явища спонділоартрозу.

## ВИЗНАЧЕННЯ КОНТРАСТНОЇ ЧУТЛИВОСТІ ПРИ ВІКОВІЙ ДЕГЕНЕРАЦІЇ МАКУЛИ

Т. М. Комарова, О. П. Вітовська

Національний медичний університет імені О. О. Богомольця, м. Київ, Україна

**Мета.** Порівняти контрастну чутливість у пацієнтів з віковою дегенерацією макули (суха форма) та у пацієнтів без офтальмологічної патології.

**Матеріали та методи.** Було сформовано 2 групи пацієнтів: 1 група (20 очей) — пацієнти з віковою дегенерацією макули (суха форма) — група дослідження; 2 група (18 очей) — особи без офтальмологічної патології — контрольна група. У групах не було відмінності за статтю та віком, середній вік пацієнтів в обох групах становив 65 років. Показники гостроти зору у групі дослідження становили  $0,6 \pm 0,1$ , у контрольній групі —  $0,7 \pm 0,1$ . В обох групах пацієнтів оптичні середовища були майже прозорі (критерії включення: пацієнти з початковою катарактою або артіфакією). Для дослідження використовували таблиці «The Mars Numeral Contrast Sensitivity Test» — портативні, розміром  $23 \times 36$  см, призначена для використання на відстані 50 см.

**Результати та обговорення.** У контрольній групі логарифмічні показники контрастної чутливості ( $\log CS$ ) коливалися в межах  $1,52$ – $1,64 \log CS$ . Для пацієнтів із групи дослідження даний показник був знижений та становив  $0,84$ – $1,16 \log CS$ .

**Висновки.** Визначено, що при віковій дегенерації макули спостерігаються функціональні втрати при сприйнятті об'єктів низької контрастності. Визначення контрастної чутливості за допомогою таблиць «The Mars Numeral Contrast Sensitivity Test» проводиться швидко, що дозволяє використовувати метод як для одноразової перевірки контрастної чутливості, так і для контролю функціонального стану сітківки в динаміці. При високих показниках гостроти зору даний метод може слугувати скринінговим для виявлення ВДМ на ранніх стадіях.

## ОБРОБКА ПОВЕРХНІ ОРТОПЕДИЧНИХ ІМПЛАНТАТІВ АДАПТУЮЧОЮ КОМПОЗИЦІЄЮ (ЕКСПЕРИМЕНТАЛЬНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ)

Г. О. Лазаренко

Державна наукова установа «Науково-практичний центр профілактичної та клінічної медицини» Державного управління справами, м. Київ, Україна

**Мета.** Зниження ризику виникнення реакції запалення (відторгнення) на ортопедичні імпланти.

**Матеріали та методи.** Дослідження були проведені на 14 кролях, самцях, породи «сірий велетень» масою  $2,5$ – $3,0$  кг. Експерименти на тваринах проводили у віварію ДУ «Інститут хірургії та трансплантології ім. О. О. Шалімова НАМН України» відповідно до стандартів біоетичних принципів. Кролям під загальною анестезією були імплантовані металеві спиці. Для отримання доказових результатів в праву нижню кінцівку тварин встановлювали спиці із нержавіючої сталі 316L, які попередньо були оброблені білками сироватки крові реципієнта — адаптуючою композицією (AdC), а в ліву нижню кінцівку — спиці без обробки. У реципієнта набирали, кров із вени за допомогою вакуумтейнера, після формування згустку  $10$  хв центрифугували протягом  $7$  хв при  $500g$  Сироватку крові  $2$  мл відбирали у стерильний шприц  $5$  мл та пропускали для додаткової стерильності через разовий мембранний фільтр з порами  $0,22$  мкм, насадженим на шприц, до стерильної ємності з  $20$  мл стерильного фізіологічного розчину. Після приготування AdC, протезу занурюється в посуд та витримують у ній  $5$  хвилин, після чого проводиться імплантація. Через  $4$  місяці після імплантації проводили рентгенографічне, імуногістохімічне та гістоморфологічне дослідження.

**Результати та обговорення.** Рентгенологічне дослідження показало, що при попередній обробці спиць AdC відсутні рентгенологічні ознаки періоститу в місці їх встановлення, натомість імпланти без застосування запропонованого методу обробки в  $35,7\%$  ( $5$  із  $14$ ) випадків викликали запалення надкисниці.

**Висновки.** Клінічне застосування AdC з метою поліпшення біосумісних властивостей імплантів по відношенню до організму реципієнта характеризується  $100\%$  ( $95\% BI$   $78,2\%$ – $100\%$ ) вірогідністю відсутності ускладнень.

## НАЙБІЛЬШ ЧАСТІ ПРИЧИНИ ІНТРАОПЕРАЦІЙНИХ ТА ПІСЛЯОПЕРАЦІЙНИХ УСКЛАДНЕНЬ ПРИ VATS ЛІКУВАННІ ТУБЕРКУЛЬОЗУ ЛЕГЕНЬ

В. І. Лисенко

ДУ «Національний інститут фтизіатрії і пульмонології імені Ф. Г. Яновського НАМН України», м. Київ, Україна

**Мета.** Визначити найбільш часті причини інтраопераційних та післяопераційних ускладнень після VATS лікування хворих на туберкульоз легень.

**Матеріали та методи.** З 2008 до 2020 рр. виконано 133 VATS фтизіатричним пацієнтам. Об'єм VATS операцій такий – атипова сегментектомія – 29 (21,6 %), типова сегментектомія – 49 (36,9 %), лобектомія – 49 (36,9 %), білобектомія – 2 (1,5 %), пульмонектомія – 4 (3,1 %) випадки. Інтраопераційні ускладнення у 5 (3,8 %) пацієнтів. У – 2 інтраопераційна кровотеча, у – 3 надриви паренхіми легені. Післяопераційні ускладнення виникли у 21 (16,1 %) хворого. У 4 (3,1 %) пізні розправлення легені, плевральний випіт у 4 (3,1 %), дихальна недостатність у 3 (2,3 %), 1 (0,8 %) дизбіоз кишківника, 2 (1,5 %) серома післяопераційної рани, нагноєння післяопераційних ран у 5 (3,8 %) випадках. Неспроможність кукси бронха з залишковою плевральною порожниною у 2 (1,5 %) хворих.

**Результати та обговорення.** Причинами інтраопераційних та післяопераційних ускладнень є злуковий процес у плевральній порожнині, лімфаденопатія в корені легені, погана вираженість міждольових борозн, незадовільний колапс оперованої легені, ендотрахеальна інтубація, неадекватний мініторакотомний доступ, ригідність легені, невідповідність об'єму оперованої легені об'єму післяопераційного простору, неналежне дренування плевральної порожнини, контамінація плевральної порожнини та операційної рани, ожиріння, неадекватна антибіотико та пробіотико терапії, довга кукса бронха, вік, важкість і вираженість основної та супутньої патології, больовий синдром, а також комбінація цих чинників

**Висновки.** Комплексне розуміння причин ризику, дозволяє: визначити правильну тактику операції та ведення післяопераційного періоду, попередити та знизити загальний рівень інтраопераційних і післяопераційних ускладнень.

## ОСОБЕННОСТИ ВЛИЯНИЯ ЭМОЦИОНАЛЬНОГО ИНТЕЛЛЕКТА НА ПРОЯВЛЕНИЕ ЭМОЦИОНАЛЬНОГО ВЫГОРАНИЯ У МЕДИЦИНСКИХ РАБОТНИКОВ

Н. Г. Пилипенко

Государственное научное учреждение «Научно-практический центр профилактической и клинической медицины» Государственного управления делами, г. Киев, Украина

**Цель.** Изучение взаимосвязей эмоционального выгорания (ЭВ) и эмоционального интеллекта (ЭИ) у медицинских работников.

**Материалы и методы.** В исследовании приняли участие 4 группы респондентов (113 медицинских работников): врачи хирургического профиля – 22, врачи терапевтического профиля – 38, медсестры хирургического профиля – 29, медсестры терапевтического профиля – 30). Оценка особенностей ЭВ и ЭИ проводилась с помощью диагностических методик эмоционального выгорания (В. В. Бойко), опросника эмоционального выгорания К. Маслач и С. Джексона (адаптация Н. Водопьяновой) и методики эмоционального интеллекта (Н. Холл). Математическую обработку результатов исследования проводили с использованием коэффициента корреляции Спирмена (программа SPSS 17).

**Результаты и обсуждение.** Анализ взаимосвязей показателей ЭВ и ЭИ у медицинских работников позволил выявить следующие особенности: чем выше уровень ЭИ, тем ниже уровень проявления таких симптомов ЭВ, как: неудовлетворенность собой ( $r = -0,217$  при  $p \leq 0,025$ ), загнанность в клетку ( $r = -0,230$  при  $p \leq 0,017$ ), тревога та депрессия ( $r = -0,226$  при  $p \leq 0,019$ ), редукция профессиональных обязанностей ( $r = -0,224$  при  $p \leq 0,02$ ), эмоциональный дефицит ( $r = -0,291$  при  $p \leq 0,002$ ), личностная отстраненность ( $r = -0,286$  при  $p \leq 0,003$ ), психосоматические и психовегетативные нарушения ( $r = -0,258$  при  $p \leq 0,007$ ), а также ниже уровень напряжения ( $r = -0,230$  при  $p \leq 0,017$ ), резистенции ( $r = -0,229$  при  $p \leq 0,018$ ), истощения ( $r = -0,311$  при  $p \leq 0,001$ ), деперсонализации ( $r = -0,222$  при  $p \leq 0,018$ ) и реже наблюдаются признаки редукции личностных достижений ( $r = 0,458$  при  $p \leq 0,000$ ).

**Выводы.** Медицинские работники с высоким и средним уровнем ЭИ имеют низкий уровень проявления таких симптомов ЭВ, как неудовлетворенность собой, ощущение загнанности в клетку, тревоги и депрессии, редукции профессиональных обязанностей, эмоционального дефицита, личностной отстраненности, психосоматических и психовегетативных нарушений, а также низкий уровень напряжения, резистенции, истощения, деперсонализации и редукции личностных достижений.



## МІСЦЕ ЕНДОВЕНОЗНОЇ ЛАЗЕРНОЇ АБЛЯЦІЇ В ЛІКУВАННІ ХРОНІЧНОГО ЗАХВОРЮВАННЯ ВЕН НИЖНІХ КІНЦІВОК СТАДІЇ C6S

В. О. Шапринський<sup>1</sup>, В. В. Шапринський<sup>2</sup>, Н. В. Семененко<sup>2</sup>

<sup>1</sup> Вінницький національний медичний університет ім. М. І. Пирогова, м. Вінниця

<sup>2</sup> Державна наукова установа «Науково-практичний центр профілактичної та клінічної медицини» Державного управління справами, м. Київ, Україна

**Мета.** Покращити результати лікування хронічного захворювання вен нижніх кінцівок у пацієнтів із трофічними венозними виразками (ТВВ) за допомогою використання ендовенозної лазерної абляції (ЕВЛА).

**Матеріали та методи.** Проаналізовано результати лікування варикозної хвороби у 30 хворих із ТВВ гомілок, прооперованих за 2019-2020 рр. Причинами ТВВ були горизонтальні і/або вертикальні венозні рефлюкси крові, виявлені за даними УЗДС. Розміри ТВВ складали від 2 см до циркулярних. Виразки були поодинокі та множинні, на одній або на обох нижніх кінцівках. Для ЕВЛА використовували лазерний апарат «ЛІКА-ХІРУРГ» 1460 нм. Етапи операції: пункція під УЗД контролем перфоранта, малої підшкірної або великої підшкірної вени, введення лазерного світловода, тумісцентна паравенозна інфільтрація, безпосередньо ЕВЛА, пінна склерооблітерація, Shave therapy ТВВ з PRP – терапією, компресійне бандажування. Місцева інфільтрація виконувалась під УЗД контролем охолодженим модифікованим розчином Кляйна з метою знеболення, паравенозного захисту тканин від термічного ураження та зменшення діаметру вени. ТВВ Компресію проводили з використанням валиків та компресійного трикотажу II-III ступеню.

**Результати та обговорення.** Пацієнтам з метою оцінки ефективності ліквідації патологічних скидів крові виконували УЗДС. В усіх випадках рефлюкс не визначався. Тотальна облітерація спостерігалась у 96,7 % пацієнтів. Час операції складав до 1,5 год. Термін перебування у лікарні становив 4-6 год. Компресійна терапія продовжувалась до повного загоєння трофічних виразок (від 1 до 3 місяців).

**Висновки.** ЕВЛА є головним в комплексному лікуванні трофічних виразок при ХВН. Застосування ЕВЛА знижує операційну травму, скорочує тривалість проведення операції та ліжко-день. ЕВЛА мініінвазивний та досить простий метод у застосуванні, який при цьому дозволяє виконувати операцію максимально радикально.

## ЗДОРОВ'ЯЗБЕРІГАЮЧА ПОВЕДІНКА ШКОЛЯРІВ ІЗ РІЗНИМ СТАВЛЕННЯМ ДО ОСВІТНЬОГО ЗАКЛАДУ

Ж.В. Сотнікова-Мелешкіна, І. С. Аржанніков, І. П. Бобрусь

Харківський національний університет імені В. Н. Каразіна, м. Харків, Україна

Неконтрольоване та раннє споживання алкогольних напоїв та цигарок є однією з причин формування хронічної патології та деградації особистості у підлітковому віці. Виявити розповсюдженість шкідливих звичок та розробити цілеспрямовану програму медико-профілактичних заходів постає нагальною проблемою у галузі громадського здоров'я.

**Мета.** Визначення рівня поширеності шкідливих звичок у старшокласників із різним ставленням до навчального закладу.

**Матеріал та методи.** Проведено опитування 1015 учнів дев'ятих класів освітніх закладів м. Харкова за допомогою анкети, яка розроблена ДУ «ІОЗДП НАМН» і містила блоки питань щодо рівня успішності, відносин з однолітками та дорослими, харчування, шкідливих звичок.

**Результати та обговорення.** У залежності від ставлення до освітнього закладу школярів було розподілено на 6 груп. Аналіз поширеності шкідливих звичок встановив, що понад 60 % учнів 1-ої, 2-ої, та 5-ої груп не пробували палити, а вже спробували і курять з різною регулярністю в більшій мірі учні 3-ої та 4-ої груп: відповідно 22,0 та 15,4 % ( $p < 0,01$ ). Зовсім не вживали пиво 88,4 % учнів 1-ої та 82,6 % 2-ої групи. Суттєво більше і частіше ніж інші вживали цей напій підлітки 4-ої групи – у 14,3 % ( $p < 0,05$ ). Також для цієї групи був характерним найвищий ступінь споживання ром- та бренді-коли: майже щодня їх вживали 12,5 % підлітків і лише 62,5 % у порівнянні із 90 % школярів з інших груп – відмовлялись ( $p < 0,05$ ). Аналогічні дані отримано стосовно вживання міцних алкогольних напоїв, а також вина та шампанського. Так, у 4-ій групі був істотно нижчим відсоток учнів, які їх не вживали: 42,9 % проти 70-77 % у інших групах ( $p < 0,01$ ) та у 10 разів більше підлітків, що вживали їх майже щодня.

**Висновки.** Найбільш позитивні результати щодо поширеності шкідливих звичок отримано у школярів 1 групи, які відвідували освітній заклад із задоволенням. До групи ризику слід віднести підлітків 3-ої групи – яких відвідування школи пригнічувало та 4-ої групи – із байдужим ставленням до будь-якого заняття.

## ІНВАЗИВНА ДІАГНОСТИКА СИНДРОМУ ЛЕГЕНЕВОЇ ДИСЕМІНАЦІЇ

С. М. Шалагай

ДУ «Національний інститут фізіотерії і пульмонології імені Ф. Г. Яновського НАМН України», м. Київ, Україна

**Мета.** Представити власний досвід і результати інвазивних методів діагностики, що використовуються в клініці НІФП НАМНУ.

**Матеріали та методи.** Повідомляється про результати використання інвазивних методів діагностики синдрому легеневої дисемінації (СЛД) у 602 пацієнтів, які проходили обстеження і лікування в НІФП НАМНУ з 2016 по 2021 роки. Нами були застосовані такі методи біопсії легень: відкрита, відеоасистована (VATS), трансторакальна голкова. Відкриту біопсію через торакотомний розріз при СЛД виконано у 12 (1,2 %) пацієнтів, VATS 465 (77,2 %) випадків, трансбронхіальну біопсію легень виконували у 117 (19,4 %) хворих, трансторакальну голкову біопсію — 8 (1,3 %) разів.

**Результати та обговорення.** Серед етіологічних чинників найчастіше зустрічався саркоїдоз — 277 (46,0 %) випадків та онкологічне враження легень — 128 (19,9 %) пацієнтів; діагноз «туберкульоз легень» зустрічався найменше — 42 (6,9 %) хворих, що може пояснюватись високим рівнем неінвазивної діагностики туберкульозу, мікотичне ураження легень, пневмокониоз, пневмоцистна пневмонія, пневмоніт при колагенозах, неспецифічні захворювання органів дихання (бактеріально-вірусні пневмонії) виявлено у 78 (13,0 %) пацієнтів, інші захворювання органів дихання (різні форми фіброзуючих альвеолітів, альвеолярний протеїноз, гістіоцитоз, дифузна легенева осифікація, тощо) склали 77 (12,8 %) випадків. Інформативність VATS біопсії легень складала — 96,0 %, трансбронхіальної біопсії при фібробронхоскопії — 87,5 %, відкритої біопсії — 100,0 %, трансторакальної голкової біопсії — 75 %. Інформативність гістологічного дослідження біоптатів легень для встановлення етіології легеневої дисемінації складала від 87,5 % до 100,0 % залежно від способу забору матеріалу. Постоопераційні ускладнення спостерігались у 16 (2,7 %) випадках. Серед них були пневмоторакс, післяопераційна кровотеча, кровохаркання, тривалий скид повітря по дренажу.

**Висновки.** Інвазивні методи діагностики синдрому легеневої дисемінації є важливим доповненням до клініко-рентгенологічних методів. Вони дозволяють швидше, з більшою точністю встановити вірний діагноз, що особливо корисно в складних діагностичних випадках, супроводжуються низьким рівнем післяопераційних ускладнень.

## ПІЗНІ СЕРЦЕВО-СУДИННІ ПОДІЇ ПІСЛЯ АОРТОКОРОНАРНОГО ШУНТУВАННЯ: ПРЕДИКТОРИ ВИНИКНЕННЯ

І. В. Шклянка<sup>1</sup>, О. Й. Жарінов<sup>2</sup>, К. О. Міхалєв<sup>3</sup>, О. А. Єпанчинцева<sup>1</sup>, Б. М. Тодуров<sup>1</sup>

<sup>1</sup>ДУ «Інститут серця МОЗ України», м. Київ

<sup>2</sup>Національний університет охорони здоров'я України імені П. Л. Шупика, м. Київ, Україна

<sup>3</sup>Державна наукова установа «Науково-практичний центр профілактичної та клінічної медицини» Державного управління справами, м. Київ, Україна

**Мета.** Визначити предиктори, які впливають на виникнення пізніх серцево-судинних подій (ПССП) після операції аортокоронарного шунтування (АКШ) у пацієнтів зі стабільною ішемічною хворобою серця (ІХС).

**Матеріали та методи.** Обстежено 155 пацієнтів з ІХС, відібраних для АКШ у віці від 39 до 81 року (середній вік  $61 \pm 8$  років). Період спостереження склав 12 місяців. Зафіксовано 29 ПССП: 11- зниження фракції викиду лівого шлуночка (ФВ ЛШ) більше ніж на 10 % порівняно з вихідною, 4- смерті, 4- нестабільної стенокардії, 3- декомпенсації серцевої недостатності, 3- вперше діагностованої фібриляції передсердь (ФП), 2- гострого інфаркту міокарда, 2- переходу ФП у постійну форму. Групи пацієнтів порівнювали за демографічними показниками, факторами ризику, особливостями АКШ, лабораторними даними, післяопераційною медикаментозною терапією.

**Результати та обговорення.** При проведенні однофакторного аналізу пацієнти з ПССП характеризувались нижчою ФВ ЛШ (медіана (квартилі) 47 (37-56)% проти 53 (45-58)%;  $p=0,033$ ), більшим розміром лівого передсердя (медіана (квартилі) 4,4 (4,3-4,9) см проти 4,3 (4,0-4,5) см;  $p=0,004$ ), більшим індексом кінцево-діастолічного об'єму (медіана (квартилі) 70,4 (58,7-84,8)  $\text{см}^3/\text{м}^2$  проти 59,1 (51,2-70,8)  $\text{см}^3/\text{м}^2$ ;  $p=0,004$ ), нижчою розрахованою швидкістю клубочкової фільтрації (рШКФ) (медіана (квартилі) 55 (44-68)  $\text{мл/хв}/1,73 \text{ м}^2$  проти 61 (52-74)  $\text{мл/хв}/1,73 \text{ м}^2$ ;  $p=0,060$ ), післяопераційним прийомом антагоністів альдостерону ( $p=0,051$ ) та петльових діуретиків (ПД) ( $p=0,007$ ), відсутністю прийому статинів ( $p<0,001$ ). За даними мультиваріантного аналізу незалежними предикторами виникнення ПССП виявилися гірший показник рШКФ при виписуванні (ВШ 1,366 (95 % ДІ 1,007-1,853);  $p=0,045$ ), післяопераційний прийом ПД (ВШ 2,186 (95 % ДІ 1,187-4,024);  $p=0,012$ ) та відсутність прийому статинів (ВШ 6,236 (95 % ДІ 2,313-16,809);  $p<0,001$ ).

**Висновки.** Незалежний зв'язок виникнення ПССП із зниженою функцією нирок, застосуванням ПД та відсутністю тривалої терапії статинами потрібно враховувати при призначенні, контролі та корекції лікування у пізньому післяопераційному періоді.

## THE GLUCOSE UPTAKE AND MECHANICAL RESISTANCE OF RED BLOOD CELLS IN PATIENTS WITH CORONARY HEART DISEASE AND HEART FAILURE

T. Ya. Chursina<sup>1</sup>, K. O. Mikhaliyev<sup>2</sup>

<sup>1</sup> Bukovinian State Medical University, Chernivtsi, Ukraine

<sup>2</sup> State Institution of Science «Research and Practical Center of Preventive and Clinical Medicine» State Administrative Department, Kyiv, Ukraine

**Purpose.** To study the glucose uptake and mechanical resistance of red blood cells (RBC) in patients with coronary artery disease (CAD) with and without chronic heart failure (HF).

**Materials and methods.** The study involved male and female CAD patients aged 45-65 years ( $n = 62$ ): without ( $n = 19$ ) HF, and with HF stage I ( $n = 28$ ) and stage IIA ( $n = 15$ ). The control group included 14 age-matched healthy individuals. Aiming to characterize RBC energy metabolism, we studied the intensity of their glucose uptake per one hour of incubation at 37 °C. The degree of RBC membranes change (the contact hemolysis severity) was determined by means of spectrophotometry by the assessment of blood plasma free hemoglobin extinction in the absorption spectrum of hemoglobin (540-543 nm). Peripheral blood smears were fixed with a warm solution of potassium dichromate.

**Results.** We observed a decrease of RBC glycolytic activity in CAD patients without HF, as compared to the controls ([mean  $\pm$  standard deviation]  $1,03 \pm 0,135$  vs.  $1,20 \pm 0,124$  CU/ml x h, respectively;  $p < 0,001$ ), and along with HF progression. Thus, in patients with HF stage I, RBC glycolytic activity was  $0,95 \pm 0,074$  CU/ml x h, and tended to be lower than in CAD patients without HF (vs.  $1,03 \pm 0,135$  CU/ml x h;  $p = 0,027$ ), but was significantly higher as compared to patients with CAD and HF stage IIA ( $0,86 \pm 0,085$  CU/ml x h;  $p = 0,002$ ). The relative increase of the contact hemolysis degree in CAD patients without HF was 100 %, and in CAD patients with HF stage IIA – 180 %. When studying peripheral blood smears in CAD patients with HF stage IIA, we observed the higher amount of transformed RBC (echino- and stomatocytes).

**Conclusions.** Increasing the degree of contact hemolysis and decreasing of RBC glycolytic activity in CAD patients, in particular with HF syndrome, indicates a decrease in the stability of the circulating population of RBC and acceleration of their «sub-hemolytic» damage in the setting of the lower energy reserve. The increase in the number of transformed forms of RBC in peripheral blood smears suggests the irreversible process of transformation of the majority of RBC, as well as their lower survival in CAD patients with the progression of HF syndrome.